

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-011943

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 161497
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelilah
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- N° 002500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelillah
Date de naissance : 01-04-1957
Adresse : DRISSIA 3 BD MOHAMED VI N°835 3^e étage Casablanca
Tél. : 0620462234 Total des frais engagés : 430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 16 MAI 2023
Nom et prénom du malade : EL HAIL Ikram Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22 / 05 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 002500

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10218
Nom de l'adhérent(e) : EL HAIL Abdelillah
Total des frais engagés : 430,00 Dhs
Date de dépôt : 22/05/2023

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16 MAI 2023	9		150 Mr	Dr. ADIB ANIBO MEDICINE GENERALE Hay El Farah, Rue 60, 1032 Casablanca - Tél: 522 81 00 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant
LABORATOIRE CASA ANALYSES Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL Derb Sadni, Rue T N° 1, Angle Bd. Med VI - Casablanca Tél: 522 81 00 71 / Fax: 522 81 00 70	18/05/2023	B=330 T=280 Mr	LABORATOIRE CASA ANALYSES Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL Derb Sadni, Rue T N° 1, Angle Bd. Med VI - Casablanca Tél: 522 81 00 71 / Fax: 522 81 00 70

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale
Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca
Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
INPE: 091011346

Le: 19 6 MAI 2023
19 6 MAI 2023

ORDONNANCE

Mlle El Hail Sk
faire S v l N5 fort



Dr. ANIBOU Adib
r. HIR EL GUERMAI KHALIL
Derb Sadni, Rue T N°1, Angle
Bd. Med VI - Casablanca
Tél: 05 22 81 00 71 / Fax: 05 22 81 00 70

Dr. ADIB ANIBOU
MEDECINE GENERALE
Hay El Farah, Rue 50 N°22
Casablanca - Tél: 05 22 81 21 42

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANALYSES

FACTURE N° : 230500141

le 18-05-2023

Mlle Ikram EL HAIL

Demande N° 2305180021

Date de l'examen : 18-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0105	Prélevement Sanguin	1125	11
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 280.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingts dirham s

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément
à l'article 91- VI- 1° du code général des impôts.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

LABORATOIRE CASA ANALYSES
Dr. Hind EL GUERMAÏ KHALIL
Derb Sadni, Rue N°1, Angle
Bd. Med VI - Casablanca
Tél: 0522 81 00 71 / Fax: 522 81 00 70

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N°1, Hay Sadni, 20520 Casablanca.

Tél : 0522810071/70 - Fax : 0522810070 - ICE : 001714577000059 -

INPE : 093061331 - Patente : 37920299 - IF : 18806521 - CNSS N° : 4913762

Email : casaanalyses@gmail.com



Casablanca le 18-05-2023

Prélèvement du : 18-05-2023
Référence : 2305180021
Edition : 18-05-2023
Médecin Dr ANIBOU ADIB

Mlle EL HAIL Ikram
Né(e) le : 01-07-2003 (19 ans)
Code Patient 1812190018

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate: Sysmex XN-550)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

			27-03-2023
Hématies :	4.22 M/mm3	(3.90-5.40)	4.02
Hémoglobine :	12.1 g/dL	(12.0-15.6)	11.7
Hématocrite :	35.7 %	(35.5-45.5)	34.5
VGM :	85 fL	(80-99)	86
TCMH :	29 pg	(27-34)	29
CCMH :	33.9 g/dL	(28.0-36.0)	33.9
Leucocytes :	4 850 /mm3	(3 900-10 200)	6 190
Polynucléaires Neutrophiles :	55.3 %		49.6
Soit:	2 682 /mm3	(2 000-7 500)	3 070
Lymphocytes :	29.1 %		39.4
Soit:	1 411 /mm3	(1 000-4 000)	2 439
Monocytes :	10.9 %		8.1
Soit:	529 /mm3	(<1 100)	501
Polynucléaires Eosinophiles :	3.1 %		1.6
Soit:	150 /mm3	(0-600)	99
Polynucléaires Basophiles :	1.6 %		1.3
Soit:	78 /mm3	(0-150)	80
Plaquettes :	272 000 /mm3	(150 000-450 000)	287 000
Commentaire :	Hémogramme normal.		

Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL

LABORATOIRE CASA ANALYSES
Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL
M. El Medjahdi
Tél: 05 22 81 00 71 / Fax: 05 22 81 00 70

Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi : 7h30 - 19h00 / Samedi : 8h00 - 19h30

رقم 1: زاوية محج محمد السادس و زنقة رقم 1 حي السدني الدار البيضاء 20520 Casablanca
N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N° 1, Hay Sadni, 20520 Casablanca

Tél.: 05 22 81 00 71 - Fax: 05 22 81 00 70 - Email: casaanalyses@gmail.com

ICE: 001714577000059 - Patente: 37920299 - CNSS: 4913762 - IF: 188065 21 - INPE: 093061331



Mlle EL HAIL Ikram - Référence : 230518002

BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine

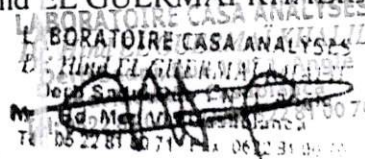
(Chemiluminescence immunoassay -MAGLUMI 800-
Snibe)

5.8 ng/mL

(13.0-232.0)

CHANGEMENT DE TECHNIQUE A PARTIR DU 10-05-2023

Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL



Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi : 7h30 - 19h00 / Samedi : 8h00 - 13h30

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N° 1, Hay Sadni, 20520 Casablanca حي السدني الدار البيضاء

Tél.: 05 22 81 00 71 - Fax : 05 22 81 00 70 - Email : caseanalyses@gmail.com

ICE : 001714577000059 - Patente : 37920299 - CNSS: 4913762 - IF : 18806511 - INPE : 093061331